

Tumeurs infiltrantes de la vessie

Seule une cystectomie peut laisser espérer une survie prolongée des patients atteints d'une tumeur infiltrante de la vessie. L'amputation peut être partiellement compensée par la confection d'une néovessie. Pour son bon fonctionnement, il est nécessaire de s'assurer d'une participation active du patient. Le praticien, pour sa part, devra surveiller la qualité de la vidange urinaire .

Thierry Lebreton*

Les tumeurs invasives ou infiltrantes de la vessie sont des carcinomes urothéliaux qui se définissent par l'infiltration du muscle vésical par la tumeur. Le diagnostic est anatomopathologique. C'est après une résection endoscopique de la vessie soit primitive, soit dans le cadre d'un suivi d'une tumeur déjà connue (mais jusqu'alors superficielle) que se pose ce diagnostic d'infiltration sur les copeaux de résection (fig. 1). Contrairement aux tumeurs superficielles qui peuvent être traitées dans la plupart des cas de manière conservatrice, un traitement radical doit être envisagé lorsqu'il existe une infiltration carcinomateuse du muscle vésical. La cystectomie est alors le traitement de référence.¹

Les tumeurs de la vessie sont le plus souvent des carcinomes urothéliaux (*transitional cell carcinoma*), mais il s'agit parfois de tumeurs plus rares comme les carcinomes épidermoïdes (qui font souvent suite à des inflammations chroniques ou à des infections bilharziennes [5 %]), ou plus rarement d'adénocarcinomes primitifs de la vessie (< 2 %), de tumeurs neuro-endocrines ou de sarcomes de la vessie.



Figure 1 Tumeur bourgeonnante, polypoïde de la face latérale droite de la vessie.

La résection endoscopique permet une analyse histologique : si le muscle est atteint, il s'agit d'une tumeur, dite infiltrante, pour laquelle un traitement radical, la cystectomie, doit être discutée.

*Service d'urologie, hôpital Foch, 92150 Suresnes. Courriel : t.lebreton@hopital-foch.org



Figure 2 : La cystectomie : chez l'homme, la cysto-prostatectomie totale est le traitement de référence. Chez la femme, la cystectomie est de plus en plus proposée comme solution alternative à la pelvectomie antérieure.

BILAN D'EXTENSION

Après la résection endoscopique de la tumeur, une fois le diagnostic de tumeur infiltrante posé, il faut apprécier l'étendue de l'environnement tumoral sur le plan local, locorégional et à distance.² L'examen clinique permet déjà d'évaluer une éventuelle extension locale. En effet, lorsque la tumeur s'étend latéralement ou antérieurement, il est possible de palper cette masse, d'évaluer sa mobilité, son degré d'extirpation possible et son infiltration aux organes de voisinage. Le palper abdominal combiné au toucher pelvien est fondamental.

L'imagerie est dominée par la tomodesitométrie. Elle permet, le plus souvent, de visualiser la tumeur, mais elle est surtout utile pour rechercher des adénopathies satellites et des métastases à distance. Les relais ganglionnaires qui drainent la vessie étant situés en ilio-obturateur, il faut bien visualiser les ganglions de cette région, en pratique, juste en arrière de la veine iliaque. Les métastases sont recherchées au niveau hépatique et lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse, une tomodesitométrie thoracique recherche une localisation pulmonaire. Les tumeurs urothéliales peuvent également disséminer par les urines et, par contact direct, une greffe de cellules tumorales peut être à l'origine d'une seconde localisation qui peut être située partout où il existe de l'urothélium, en particulier sur le haut appareil urinaire ou sur l'urètre. La tomodesitométrie avec injection d'iode est donc indispensable pour détecter une tumeur du haut appareil et la fibroscopie préopératoire nécessaire pour examiner la muqueuse urétrale.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) abdomino-pelvienne peut également avoir un intérêt dans l'évaluation de la masse tumorale. Sa fiabilité est au moins équivalente à celle de la tomodesitométrie, mais il a été noté une surévaluation du stade tumoral lorsque cet examen est pratiqué juste après la résection.

La tomodesitométrie par émissions de positons (TEP) n'a pas encore fait la preuve de son utilité dans

l'évaluation préopératoire. En revanche, certaines études ont montré qu'elle avait un intérêt dans la recherche des récidives au cours de la surveillance après cystectomie.

La scintigraphie osseuse n'est pas obligatoire, sauf en cas de signe d'appel faisant évoquer une métastase osseuse. Certaines équipes ont recours à la scintigraphie pulmonaire afin d'avoir, avant la cystectomie, une image de la vascularisation pulmonaire. En effet, la cystectomie est une chirurgie à haut risque de phlébite et d'embolie et il est toujours utile, lors des diagnostics incertains, d'avoir un élément de référence.

Il est également important d'évaluer l'état du patient avant de prendre une décision thérapeutique. En plus du *performance status*, il faut prendre en compte son âge physiologique et, en cas de décision de cystectomie, avant de réaliser une néovessie de remplacement, il faut évaluer la capacité du patient à gérer ce nouvel « organe ». Il est, en effet, difficile de proposer une néovessie à des patients aux fonctions supérieures très limitées qui n'adhéreraient pas pleinement à la prise en charge nécessitant une motivation importante.

LA CYSTECTOMIE : TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE

La cystectomie est le traitement de référence des tumeurs infiltrantes de la vessie.^{3,4} Elle doit être proposée aux patients qui ont une tumeur extirpable sans métastase à distance. Chez l'homme, on réalise une cysto-prostatectomie totale ; en effet, au niveau de la prostate, il existe du tissu urothélial⁵ qui peut être atteint par la tumeur carcinomateuse (laisser en place du tissu prostatique fait courir un risque de récurrence non admissible). Chez la femme, il était classique de proposer une pelvectomie antérieure qui comprenait une exérèse de la vessie, de l'utérus et de la paroi antérieure du vagin. Actuellement, il est souvent préféré une cystectomie simple en préservant les organes génitaux internes (fig. 2).

CE QUI EST NOUVEAU

- Après exérèse de la vessie, plusieurs types de dérivation urinaire peuvent être proposés. La néovessie de remplacement par iléoplastie doit être préférée lorsqu'elle est possible.
- L'exérèse de la vessie peut se faire sous coelioscopie mais la néovessie est toujours réalisée en extra-abdominal.
- Le scanner (avec injection) s'est imposé comme l'examen de référence. Il permet de diagnostiquer précocement une éventuelle récurrence et surtout il permet de visualiser une atteinte du haut appareil urinaire qui est toujours possible même si cet événement est rare après cystectomie.

La cystectomie est toujours réalisée après avoir effectué un curage ilio-obturbateur bilatéral. Ce curage a un but de stadification mais également un but curateur. Il a été en effet démontré que sur des petits envahissements ganglionnaires le curage permettait d'améliorer la survie du patient.^{3,6}

La cysto-prostatectomie totale est une intervention majeure, qui nécessite que le patient ait été bien évalué au niveau anesthésie et réanimation. Cette technique nécessite une expertise chirurgicale spécialisée. L'urètre peut être préservé lorsqu'il n'existe pas d'envahissement tumoral et lorsque la recoupe urétrale, au moment de la cystectomie, est négative à l'examen extemporané. La cystectomie est réalisée par un abord chirurgical abdominal direct, mais certaines équipes utilisent maintenant la voie coelioscopique pour le temps d'exérèse.

QUELLES DÉRIVATIONS URINAIRES ?

Une fois la cystectomie réalisée, les deux uretères sont intubés temporairement par des sondes urétrales et doivent être dérivés. Si l'urètre a été conservé, la meilleure dérivation est une entéroplastie de substitution qui réalise une néovessie en utilisant l'intestin. De nombreuses techniques ont été décrites.

Actuellement, en France, l'entéro-iléoplastie est la néovessie de substitution de choix. Elle est réalisée en utilisant de 40 à 50 cm d'intestin grêle. Celui-ci est ouvert sur le bord anti-mésentérique afin d'éviter les hyperpressions pour réaliser ainsi une vessie dite à basse pression. La néovessie est façonnée en plicaturant l'intestin ainsi détubulé (fig. 3 et 4). Cela permet de construire une poche de 300 à 400 cc de volume.⁷ Cette poche est ensuite anastomosée sur l'urètre et les deux uretères réimplantés. Le patient est hospitalisé une quinzaine de jours avant de commencer immédiatement l'éducation pour la gestion de sa néovessie. La prise en charge nécessite une motivation soutenue du patient pour entreprendre la rééducation afin de lutter contre l'incontinence urinaire. Dès l'ablation de la sonde vésicale, le patient doit effectuer quotidiennement des exercices. Grâce à cette auto-rédu-

cation, plus de 80 % des patients sont continents de jour la première année, et 60 % de nuit. L'amélioration de la continence progresse souvent au cours de la 2^e année.

En cas d'impossibilité de réaliser cette néovessie, c'est-à-dire lorsque l'urètre ne peut pas être conservé ou lorsque le patient ne pourra pas apprendre à la gérer (contre-indication liée à l'âge, fonctions supérieures déficientes...), d'autres dérivations peuvent être choisies. La plus fréquente est l'urétérostomie transiléale (Bricker), permettant d'avoir un drainage efficace des urines en préservant les voies urinaires supérieures. Parfois, il est préféré une urétérostomie cutanée (moins de 2 % des dérivations) ou d'autres dérivations comme des anastomoses des uretères dans le sigmoïde (intervention de Coffey). Parfois, lorsque l'urètre n'est pas conservable et que le patient souhaite une dérivation continente, il est possible d'avoir recours à des néovessies qui se vidangent par auto-sondages itératifs (4 à 6 par jour) à travers une valve continente. Celle-ci peut être réalisée soit avec l'appendice (type Mitrofanoff), soit avec une anse intestinale invaginée (type Benchekroun). Ces dérivations continentes sont rarement pratiquées, car elles sont à l'origine de nombreuses complications (infectieuses, dysfonctionnements de la valve, altération du haut appareil urinaire...).

RÉSULTAT DE LA CYSTECTOMIE

Grâce aux progrès de la chirurgie et de l'anesthésie réanimation, la mortalité peropératoire a régulièrement régressé ces 20 dernières années. Elle est actuellement inférieure à 2 %. La morbidité est dominée sur le plan médical par les complications pulmonaires (embolie et sepsis) et sur le plan chirurgical par les problèmes de paroi (abcès et éventration). La cysto-prostatectomie totale engendre des dysfonctions érectiles, souvent sévères, dues à la non-préservation des bandelettes neurovasculaires paraprostatiques. La coelioscopie permet parfois de mieux voir et donc de mieux préserver ces éléments nobles et ainsi concourt à maintenir les capacités érectiles du patient. Le patient doit ensuite s'adapter au changement de son image corporelle, en cas de dérivation cutanée, ou au nouveau mode de fonctionnement de sa vessie en cas de fabrication d'une néovessie (la continence n'est acquise que progressivement, et grâce à une rééducation active [v. encadré]).

La survie globale après cystectomie dépend étroitement et directement du stade pathologique. Lorsque la tumeur est localisée (c'est-à-dire inférieure à T3) et lorsqu'il n'existe pas d'envahissement ganglionnaire, la survie globale à 5 ans est supérieure à 90 %, la survie spécifique à 85 %. En revanche, en cas d'envahissement ganglionnaire ou lorsque la tumeur a un développement extravésical, la survie spécifique à 5 ans est inférieure à 40 %. Le statut ganglionnaire, défini grâce au curage ilio-obturbateur, est un facteur déterminant dans le pronostic. En cas de négativité du curage, la survie globale à 5 ans, tous stades



Figure 3 L'entéro-cystoplastie de substitution permet de créer une « néo vessie ». La détubulisation concourt à confectionner une poche à basse pression préservant le haut appareil urinaire et permettant une bonne continence. Ici la technique, dite en « Z », permet de n'utiliser que 45 cm de grêle pour la réalisation d'une néo vessie de 350 à 450 cc de capacité. Cette technique évite également les anomalies de la réabsorption et les troubles ioniques.

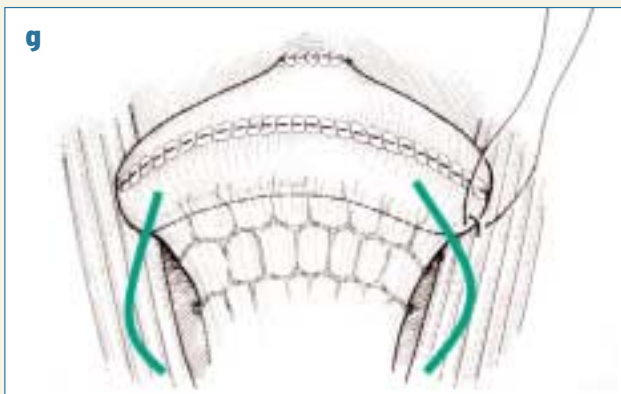


Figure 4 Vues peropératoires des différents temps de la confection de la néo vessie en « Z ».

- a. Prélèvement de 45 cm d'iléon,
- b. Modelage en « Z ».
- c. Détubulisation.
- d. Suture du plan postérieur.
- e. Confection de la poche.
- f. Préparation de l'anastomose urétrale.
- g. Anastomoses des uretères.

Vivre sans vessie

L'ablation de la vessie entraîne, pour le patient, un nouveau mode d'évacuation de l'urine provenant des reins, ou « dérivation urinaire ». Une bonne dérivation urinaire doit permettre un bon fonctionnement rénal et donner la meilleure qualité de vie au patient.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉRIVATION

On distingue les dérivations urinaires cutanées (continentes ou non) et les dérivations urinaires internes.

Les dérivations urinaires cutanées

Les dérivations non continentales, avec écoulement permanent des urines, nécessitent une poche de recueil collée au niveau de la stomie :

- *urétérostomie cutanée directe* avec abouchement direct de chaque uretère à la peau avec donc 2 orifices cutanés ;
- *urétérostomie cutanée transiléale selon Bricker* avec abouchement des 2 uretères dans un court segment iléal (qui sert de conduit), fermé à son extrémité proximale et abouché à la peau à son extrémité distale, avec donc un seul orifice cutané.

Les dérivations continentales, avec constitution d'un réservoir à partir d'un segment iléal ou colique dans lequel sont implantés les 2 uretères avec réalisation d'une valve antireflux au niveau de la partie abouchée à la peau, sans écoulement permanent des urines, ne nécessitent pas de poche collée au niveau de l'orifice cutané mais une évacuation régulière du réservoir par sondage (poche de Kock, de Mayence, d'Indiana, de Lundiana, en T...).

Les dérivations urinaires internes

- *L'abouchement des uretères dans le recto-sigmoïde* directement (intervention de Coffey) ou indirectement par l'intermédiaire d'un réservoir iléal branché sur le recto-sigmoïde, avec évacuation de l'urine par le canal anal.

– *La réimplantation des uretères dans un réservoir* constitué à partir d'un segment intestinal (le plus souvent iléal) et anastomosée au canal de l'urètre (néovessie ou reconstruction vésicale orthotopique), avec donc évacuation de l'urine par l'urètre.

COMMENT CHOISIR ?

La reconstruction vésicale orthotopique est actuellement reconnue comme la dérivation standard, lorsqu'elle est possible, à proposer aussi bien chez l'homme que chez la femme.^{1,4} Elle nécessite un apprentissage avec une participation active du patient pour un fonctionnement correct.

En cas d'impossibilité de réaliser une néovessie, la dérivation la plus utilisée est l'urétérostomie cutanée transiléale selon Bricker.¹ Les autres dérivations sont peu ou pas utilisées.¹

Il n'y a pas de différence entre le remplacement de vessie et le conduit iléal (Bricker) en termes de temps opératoire, d'hospitalisation, de complications. Ces deux dérivations assurent une bonne protection à long terme du haut appareil urinaire.⁵

En termes de qualité de vie, la comparaison est difficile avec, en faveur de la néovessie, une période d'adaptation postopératoire plus courte, une moindre restriction des activités de loisir et une plus grande confiance en soi.⁶

COMMENT VIVRE AVEC CES DEUX TYPES DE DÉRIVATION ?

Le conduit iléal

La clé d'une bonne stomie réside dans le choix du bon site pour éviter tout décollement intempestif de la poche (rôle du chirurgien avant l'intervention) et le choix du bon matériel (rôle du stomathérapeute).

Le patient doit accepter sa nouvelle image corporelle et apprendre à changer sa poche (rôle du stomathérapeute et du psychologue si nécessaire).

Il faut s'assurer que l'orifice stomial ne rétrécit pas, laissant le passage facile d'un

doigt (réalisé par le patient, ou par le médecin à l'occasion d'une visite de surveillance).

Il faut vérifier le bon fonctionnement du haut appareil urinaire par une échographie rénale à la recherche d'une éventuelle dilatation des cavités pyélocalicielles, et un dosage de la créatinine plasmatique. En cas d'anomalie, une urographie intraveineuse ou une uro-tomodensitométrie permettent de mettre en évidence le niveau de l'obstacle.

Il n'est pas nécessaire de réaliser un examen cytot bactériologique des urines en l'absence de symptômes (signes de pyélonéphrite, urines purulentes, lésions cutanées péristomiales). Lorsqu'il est utile, il faut prélever les urines à l'aide d'une sonde stérile mise en place dans le conduit pour diminuer le risque de contamination (colonisation) par les germes cutanés présents au niveau de la stomie et dans le conduit.

Les troubles sexuels de l'homme et de la femme doivent aussi être pris en charge.

Le rythme de surveillance est habituellement de 1 mois, puis 3 mois, puis 6 mois après l'intervention, puis tous les 6 mois en l'absence de symptômes.

Le remplacement vésical

Une vessie normale permet de contenir l'urine sans fuite (phase de remplissage) et de se vider à la demande (phase d'évacuation ou phase mictionnelle).

Il faut expliquer au patient que la néovessie n'est pas une vessie « normale » et que son urine contient du mucus sécrété normalement par l'intestin grêle. Le patient doit comprendre la technique d'acquisition de la continence et apprendre la technique de vidange.

La détubulisation des 40 à 60 cm d'iléon prélevés et la disposition en W, en Z ou autre forme permet de constituer un réservoir sphérique à partir d'un segment intestinal cylindrique, de diminuer les contractions naturelles de l'iléon, et d'avoir ainsi un réservoir à basse pression proche d'une vessie normale capable de contenir, sans fuite, l'urine si la tonicité du sphincter urétral est restée intacte.

L'acquisition de la continence diurne se fait le plus souvent naturellement et progressivement dans les 3 mois qui suivent l'intervention (85 à 95 % de bonne continence le jour). L'acquisition de la continence nocturne est souvent plus longue à obtenir et dépend entre autres, de la capacité du patient à se lever 1 à 2 fois la nuit, avec un taux de continence de 65 à 78 %.^{1,3} En revanche, le déclenchement mictionnel qui survient habituellement suite à la sensation du besoin d'uriner et associe la contraction du muscle vésical (détrusor) concomitante et coordonnée à la relaxation des muscles lisses et du sphincter strié de l'urètre, n'est plus possible en l'état. Le patient doit apprendre la technique de vidange complète et surtout la continence.

Dans les premiers mois qui suivent l'intervention, en l'absence de sensation de besoin d'uriner, le patient doit volontairement déclencher une miction régulièrement (toutes les 2 à 3 heures). En l'absence de détrusor, le déclenchement mictionnel doit associer une ou plusieurs poussées abdominales et une relaxation concomitante du sphincter strié et de muscles périnéaux. Puis progressivement, le patient va acquérir une nouvelle sensation (plénitude intestinale) qu'il intègre comme étant la nouvelle sensation de vessie pleine. Certains obtiennent d'emblée cette nouvelle synergie vésico-sphinctérienne avec une miction facile et complète, d'autres ont une synergie moyenne nécessitant plusieurs poussées abdominales successives avec, en conséquence, une miction plus difficile et parfois une vidange vésicale incomplète, d'autres enfin ont une impossibilité d'uriner, avec souvent une inversion de commande (contraction des muscles périnéaux et du sphincter strié lors de la poussée abdominale).

Ainsi, la première et principale préoccupation du patient et du médecin, à court, moyen et long termes, est la vidange de ce nouveau réservoir.

En cas de miction impossible (inversion

de commande) ou difficile, une rééducation par *biofeedback* permet à certains patients de récupérer une nouvelle synergie.

En cas de vidange incomplète ou impossible, un apprentissage des autosondages s'impose, pour éviter les complications liées à cette rétention (réabsorption d'urine par la muqueuse iléale pouvant être source de troubles métaboliques [acidose hyperchlorémique], fuites d'urine par regorgement, infection de l'appareil urinaire).

Les patients ayant des mictions difficiles doivent être plus particulièrement et régulièrement suivis.

Le taux de rétention est de 5 à 15 % (plus fréquent chez la femme).^{1,3} L'acquisition de la continence diurne se fait progressivement dans les 3 mois qui suivent l'intervention (85 à 95 % de bonne continence le jour). L'acquisition de la continence nocturne est souvent plus longue à obtenir et dépend, entre autres, de la capacité du patient à se lever 1 à 2 fois la nuit, avec un taux de continence de 65 à 78 %.^{1,3}

L'analyse du fonctionnement de ce réservoir repose sur l'interrogatoire (miction facile ou difficile, fréquence mictionnelle, nombre de levers nocturnes, présence ou non d'une sensation de pesanteur de la néovessie, présence de fuites diurnes ou nocturnes, importance de ces fuites, odeur nauséabonde des urines, utilisation de protection [type, nombre]), sur le catalogue mictionnel, sur la débitmétrie, sur la mesure du résidu post-mictionnel. La présence de fuites doit d'abord faire rechercher une rétention vésicale. Un examen urodynamique peut être utile pour apprécier un dysfonctionnement persistant.

La recherche de complications (au niveau du bas ou du haut appareil urinaire) repose sur l'échographie de l'appareil urinaire, le dosage de la créatinine plasmatique, un ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlore et réserve alcaline) à la recherche d'une acidose hyperchlorémique dont la cause la plus fréquente est la rétention.

Il n'est pas nécessaire de réaliser un exa-

men cyto bactériologique des urines en l'absence de symptômes (fièvre, douleur). Il existe fréquemment une bactériurie asymptomatique qui ne nécessite pas de traitement.

La prise en charge des troubles sexuels de l'homme et de la femme doit aussi être réalisée.

Le rythme de surveillance est habituellement de 1 mois, puis 3 mois, puis 6 mois après l'intervention, puis tous les 6 mois en l'absence de symptômes.

La fréquence de cette surveillance est à adapter à chaque cas, en fonction notamment de la qualité mictionnelle.

Il faut une parfaite motivation et coopération du patient, qui doit avoir bien compris le fonctionnement de la dérivation urinaire, une prise en charge et une surveillance postopératoire précise et rapprochée.

Patrick Coloby
Service d'urologie

centre hospitalier René Dubos
95303 Cergy-Pontoise Cedex

Courriel : pcoloby@fc.horus-medical.fr
patrick.coloby@ch-pontoise.fr

1. Zerbib M, Bouchot O. Les traitements des tumeurs infiltrantes de vessie. Rapport du congrès 2002 de l'AFU. Prog Urol 2002;12:761-1177.
2. Pfister C, Coloby P. Principes et spécificités de la chirurgie oncologique en urologie : la cystectomie à ciel ouvert. Prog Urol 2005;15:1077-81.
3. Stenzl A, Jarolim L, Coloby P, et al. Urethra-sparing cystectomy and orthotopic urinary diversion in women with malignant pelvic tumors. Cancer 2001;11:1864-71.
4. Coloby P. Cystectomie totale chez la femme et remplacement de vessie par une vessie iléale détubulée. Encycl Med Chir (Éditions scientifiques et médicales Elsevier), Techniques Chirurgicales Urologie, 2001.
5. Malavaud B, Vaessen C, Mouzin M, Rischmann P, Sarramon J, Schulman C. Complications for radical cystectomy. Impact of the American society of anesthesiologists score. Eur Urol 2001;39:79-84.
6. Hobisch A, Tosun K, Kinzi J, et al. Life after cystectomy and orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion. Semin Urol Oncol 2001;19:18-23.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

confondus, est estimée à 70 % ; elle est inférieure à 30 % en cas de curage positif.³

Aucune chimiothérapie n'a fait la preuve formelle de son efficacité, néanmoins une polychimiothérapie adjuvante est généralement proposée lorsque la tumeur n'est pas strictement vésicale (N+ ou T3-T4). Plusieurs protocoles peuvent être proposés : M.VAC, associant méthotrexate, vinblastine, adriamycine et cisplatine, ou, plus récemment, l'association cisplatine-gemcitabine. En l'absence d'études randomisées, on ne peut répondre formellement à la question de l'intérêt de cette chimiothérapie adjuvante.⁸ Certaines équipes proposent une chimiothérapie néoadjuvante basée sur le cisplatine et/ou la gemcitabine. Elle ne doit pas retarder la cystectomie elle est donc pratiquée dans les six semaines avant l'acte chirurgical.⁹ Dans les formes métastatiques ou en cas de récurrence, seuls le cisplatine ou la gemcitabine peuvent être tentés, mais actuellement aucun protocole ne peut prétendre obtenir une médiane de survie supérieure à 12-24 mois. Il est possible que de nouvelles approches thérapeutiques permettent de repousser cette médiane de survie, soit par des thérapeutiques ciblées comme les anti-angiogéniques, soit par l'utilisation de médicaments spécifiques comme l'herceptine chez des patients ayant des tumeurs exprimant des protéines spécifiques (c-erbB2).

ALTERNATIVES À LA CYSTECTOMIE

Lorsque la chirurgie est contre-indiquée, plusieurs choix peuvent être discutés : la résection endoscopique seule ;

la radiothérapie ; la radiochimiothérapie concomitante. La résection endoscopique peut parfois être choisie lorsque le patient est inopérable, que son espérance de vie est faible et que la tumeur est localisée et de petite taille. Il est souvent utile, devant des récurrences fréquentes, de réaliser alors des résections itératives. La radiothérapie externe n'a jamais pu démontrer son efficacité en termes de traitement curateur, mais parfois elle peut avoir un rôle à visée hémostatique.

La radiochimiothérapie concomitante est donc la seule solution alternative à la cystectomie. Ce protocole comporte un premier test pour déterminer les patients répondeurs. Au terme de cette première phase, 30 % des patients non répondeurs doivent être immédiatement cystectomisés. Parmi les deux tiers restants, la moitié seulement conservent au bout de 3 ans leur vessie. En effet, en cas de récurrence au cours de la surveillance, la cystectomie doit être discutée. Si l'on se réfère aux grandes séries publiées à cinq ans, seuls 25 % des patients sont encore en vie avec leur vessie native en place. Ces résultats médiocres font de la radiochimiothérapie concomitante une solution alternative conservatrice rarement proposée au patient.

SURVEILLANCE DU PATIENT CYSTECTOMISÉ

Après cystectomie, le suivi doit permettre d'une part la surveillance carcinologique et celle du fonctionnement de la néovessie (fig. 5).

Sur le plan carcinologique, il est nécessaire de rechercher une récurrence tumorale pelvienne, mais aussi de diag-



Figure 5 Image de néovessie 2 ans après l'intervention.

- a. Cystographie montrant une néovessie quasi identique à une vessie native de capacité de 450 cc.
- b. Urétrographie.
- c. Absence de résidu post-mictionnel et haut appareil bien préservé (cavités fines).
- d. Tomodensitométrie. L'utérus en place permet de bien soutenir la néovessie.

nostiquer précocement une éventuelle récurrence sur le haut appareil urinaire (< 5 %). La surveillance est donc fondée sur l'examen clinique, sur les cytologies urinaires qui sont d'interprétation difficile, compte tenu de la présence d'une néovessie (présence de mucus sécrété par la muqueuse digestive de l'iléon prélevé), et sur la tomodensitométrie abdomino-pelvienne.

La surveillance de la néovessie doit être clinique (qualité de la miction, absence de résidu post-mictionnel, maîtrise de la continence, gestion au quotidien de cette néovessie...) et biologique, car la muqueuse digestive de l'entéroplastie peut absorber des éléments urinaires. En particulier, il faut rechercher une acidose métabolique par réabsorption de l'acidité urinaire (dosage de la réserve alcaline).¹⁰

CONCLUSION

C'est au prix d'un traitement agressif (cystectomie) que la tumeur infiltrante de la vessie peut être correctement traitée. Une fois le diagnostic posé, la décision ne souffre aucun retard. En effet, le risque de dissémination et de métastases est important lorsque le carcinome atteint le muscle. Les premiers relais ganglionnaires atteints sont les adénopa-

POUR LA PRATIQUE

- ➔ Les tumeurs infiltrantes de la vessie se définissent par des lésions qui infiltrent le muscle vésical.
- ➔ Le traitement de référence est la cystectomie.
- ➔ Après ce geste d'exérèse, pour la majorité des patients, une néovessie de substitution est proposée.
- ➔ Cette dérivation continente nécessite une surveillance continue afin de diagnostiquer précocement les dysfonctionnements aigus, comme la rétention urinaire et, à long terme, éviter la distension du réservoir.

thies iliaques qui doivent être étudiées par un curage premier systématique. L'amputation, qui réalise la cystectomie, peut être partiellement réparée par la confection d'une néovessie évitant la stomie urinaire, mais le patient doit être prévenu de la nécessité d'une participation active de sa part pour faire fonctionner correctement la néovessie. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article

SUMMARY Infiltrating bladder tumours

Invasive bladder tumours are defined as carcinomas infiltrating the muscular fibers of the bladder wall. The assessment of tumour extension includes a clinical examination and an abdominopelvic computed tomography. The gold standard therapy is cystectomy in women and radical cystoprostatectomy in men. In patients with in situ bladder cancers, this treatment results in a five-year specific survival of 90 percent. Adjuvant chemotherapy may be considered in patients with extravesical lesions or lymphatic extension. After bladder resection, several types of urinary diversion may be considered. Ileal neobladder reconstruction, when possible, should be preferred. Patients must be monitored twice a year during the first 3 years, then once a year, to screen for a possible local or remote recurrence. The efficiency of the neobladder should be monitored regularly to ensure a satisfactory urinary voiding as well as continence acquisition, which can be achieved through auto-rehabilitation. In case of recurrence, therapeutic options should be debated in multidisciplinary team meetings; chemotherapy with cisplatin or/and gemcitabine remains the main therapeutic weapon.

Rev Prat 2007 ; 57 : 630-40

RÉSUMÉ Tumeurs infiltrantes de la vessie

Les tumeurs invasives de la vessie se définissent comme des carcinomes qui infiltrent les fibres musculaires de la paroi vésicale. Le bilan d'extension comprend un examen clinique et une tomodensitométrie abdomino-pelvienne. Le traitement de référence est la cystectomie chez la femme, et la cysto-prostatectomie radicale chez l'homme. Pour les tumeurs localisées à la vessie, ce traitement permet d'obtenir une survie spécifique à 5 ans de 90 %. Une chimiothérapie adjuvante peut être proposée en cas de lésion extravésicale ou en cas d'envahissement ganglionnaire. Après exérèse de la vessie, plusieurs types de dérivation urinaire peuvent être proposés. La néovessie de remplacement par iléoplastie doit être préférée lorsqu'elle est possible. Le suivi des patients est bi-annuel dans les trois premières années puis annuel, afin de dépister une éventuelle récurrence locale ou à distance. Le bon fonctionnement de la néovessie, qui doit être vérifié régulièrement afin de s'assurer de la bonne vidange urinaire, mais également de l'acquisition de la continence, se fait grâce à une auto-rééducation. En cas de récurrence, les choix thérapeutiques doivent être discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire, la principale arme thérapeutique reste la chimiothérapie à base de cisplatine ou/et de gemcitabine.

RÉFÉRENCES

1. Zerbib M, Bouchot O. Les traitements des tumeurs infiltrantes de la vessie. Rapport du congrès 2002 de l'AFU. *Prog Urol* 2002;12:761-1177.
2. Herr HW, Dotan Z, Donat SM, Majorin DF. Defining optimal therapy for muscle invasive bladder cancer. *J Urol* 2007;177:437-43.
3. Lebre T, Hervé JM, Yonneau L, et al. Étude de la survie après cystectomie pour cancer de vessie. À propos de 504 cas. *Prog Urol* 2000;10:553-60.
4. Stockle M, Alken P, Engelmann U, Jacobi GH, Riedmiller H, Hohenfellner R. Radical cystectomy: often too late? *Eur Urol* 2006;50:1132-8.
5. Botto H, Sebe P, Molin V, Hervé JM, Yonneau L, Lebre T. Prostatic capsule- and seminal-sparing cystectomy for bladder carcinoma: initial results for selected patients. *BJU Int* 2004;94:1021-5.
6. Adsan O, Baltaci S, Cal C, et al. Reliability of frozen section examination of external iliac, hypogastric, and obturator lymph nodes during radical cystectomy: a multicenter study. *Urology* 2007;69:83-6.
7. Lebre T, Hervé JM, Yonneau L, et al. After cystectomy, is it justified to perform a bladder replacement for patients with lymph node positive bladder cancer? *Eur Urol* 2002;42:344-9;349.
8. Salomon L, Lugagne PM, Hervé JM, Barré P, Lebre T, Botto H. Absence de trouble métabolique 8 ans après entéro-cystoplastie en Z détubulée. *Prog Urol* 1998;8:62-7.
9. Advanced bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data advanced bladder cancer (ABC) meta-analysis collaboration. *Eur Urol* 2005;48:202-5.
10. Sternberg CN, Donat SM, Bellmunt J, et al. Chemotherapy for bladder cancer: treatment guidelines for neoadjuvant chemotherapy, bladder preservation, adjuvant chemotherapy, and metastatic cancer. *Urology* 2007;69:62-79.